

CHROMOBLASTOMYCOSE DE LA CUISSE A propos d'un cas diagnostiqué au Mali

TRAORE C.B¹, KAMATE B¹, DAO S³, FONGORO S², BAYO S¹

1. Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) du Mali.

2. Service de Néphrologie et d'Hémodialyse de l'Hôpital National du Point 'G' (Mali)

3. Service des Maladies Infectieuses de l'Hôpital National du Point 'G' (Mali)

Correspondance : Dr Cheick B TRAORE service d'Anatomie Pathologique ; BP 1771 Bamako

Tel : (223)221 42 31/673 63 23 ; Fax : (223)2214320. E-mail : Cheickbtraore@yahoo.fr

RESUME

Les auteurs rapportent un cas de chromoblastomycose diagnostiqué au Mali. Le patient âgé de 59 ans exerçant la profession d'enseignant et habitant en milieu rural, a consulté pour une plaie de la cuisse gauche rebelle aux soins habituels. Dans ses antécédents on trouvait une hypertension artérielle depuis 3 ans environ avec hémiplegie. La symptomatologie était dominée par une asthénie et une fièvre. L'examen clinique a montré une plaie verruqueuse et suppurée de la cuisse.

L'échographie a révélé une athéromatose des carotides primitives avec calcification.

Les prélèvements biopsiques de la plaie analysés selon les techniques histologiques habituelles d'inclusion et de coupe en paraffine ont montré une hyperacanthose avec des bourgeons intra dermiques, des abcès et de nombreuses cellules fumagoïdes à parois brunes. Cet aspect nous a conduit au diagnostic de chromoblastomycose. Le malade décéda 3 mois après son hospitalisation.

MOTS CLES : *Chromoblastomycose, cuisse, Mali*

INTRODUCTION

Mycoses profondes cosmopolites connues dans toute l'Afrique noire et à Madagascar (1) ; le premier cas a été diagnostiqué au Brésil en 1911 par Pedrosso (2). L'augmentation du nombre de cas ces dernières décennies serait due à l'infection par le VIH (3). Il s'agit le plus souvent de lésions uniques ou multiples siégeant surtout au niveau des membres inférieurs (3,4).

D'origine tellurique la contamination se fait par piqûre (1,4). Sur le plan clinique, la chromoblastomycose se caractérise par des placards verruqueux ou des nodules. La forme localisée est de bon pronostic ; l'évolution carcinomateuse de type épidermoïde est rare mais possible sur des zones exposées au soleil ou aux traumatismes. L'histologie est par conséquent toujours souhaitable pour le diagnostic compte tenu du problème de diagnostic différentiel que pose cette affection. Nous rapportons un cas à notre con diagnostiqué au Mali.

OBSERVATION

Mr M.B. : 59 ans habitant en milieu rural a été admis en mai 2003 dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du centre hospitalo-universitaire

SUMMARY

The authors report one case of chromoblastomycosis diagnosed in Mali. The age of the patient was 59 years and is the teacher in rural area. He was examined by the physician for a wound on the left thigh which has been not responding to any standard treatment. The patient had a high blood pressure 3 years ago and with hemiplegia. The main symptoms were asthenia and fever. Clinical examination has shown a suppurated wound with wart on the thigh. Echography has revealed atheromatosis of primary calcification of carotids.

Analyzed biopsies of the wound done by using transversal histological technics with paraffin has revealed an hyperacanthosis with intra-dermic abscess with numerous brown sided fumagoid cells. This aspect led us to the diagnosis of numerous brown chromoblastomycosis. The patient died 3 months after his admission in the hospital.

KEYS WORDS : *Chromoblastomycosis, thigh, Ma*

du Point « G » de Bamako pour la prise en charge d'une hypertension artérielle avec hémiplegie associée à une plaie de la cuisse rebelle à l'antibiothérapie et aux pansements habituels. Il s'agit d'un patient hypertendu connu depuis 2000. Il a présenté un accident vasculaire cérébral avec une hémiplegie en 2002. En mars 2003 survient une plaie de la cuisse gauche qui selon le malade et la famille, serait le fait d'une injection dont la nature n'a pu être précisée. C'est ainsi qu'il a consulté pour la première fois à l'hôpital de Segou où il fut hospitalisé et reçut un traitement comprenant de l'atenolol (Blokium), de l'amoxicilline, du dextroproxyphène + paracétamol (Di-antalvic), des soins locaux à polyvidone iodée (Betadine).

Au cours de son séjour à l'hôpital, le bilan biologique a révélé une hypercréatinémie à 232 mmol/l. De même est apparu un hoquet. Devant ces signes et la non amélioration de la plaie, le malade a été référé à l'hôpital du point « G » où il a été reçu par le service de néphrologie et d'hémodialyse.

A l'arrivée le patient était asthénique, pyrétique avec une légère pâleur conjonctivale. L'abdomen était souple sans hépato-splénomégalie ; des BDC réguliers, un pouls à 100/mn, une TA à 130 mm Hg ; des poumons et aires ganglionnaires libres. On

notait au niveau de la face antérieure de la cuisse gauche un nodule d'environ 10 cm de grand axe ulcéré et suppuré ; dont la surface présentait des végétations gbv.

A l'examen paraclinique : on notait une créatinémie de contrôle à 98 mmol/l ; une anémie normochrome normocytaire (taux d'hémoglobine à 5g/dl), régénérative, une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles associée à une hyperplaquetose(780000). Les autres examens biologiques étaient sans particularité(AgHbs,BW, sérologie VIH, IDR à la tuberculine, ECBU, protéinurie de 24 h). Le patient était du groupe AB, rhésus positif. L'examen bactériologique du prélèvement de la plaie a montré des bacilles gram négatif.

L'échographie a décelé une athéromatose des carotides primitives avec calcification.

La biopsie a été effectuée au niveau de la plaie sous anesthésie locale. Les fragments fixés au formol à 10% ont été acheminés au laboratoire d'anatomie pathologique de l'institut National de Recherche en santé publique de Bamako.

Plusieurs coupes histologiques ont été réalisées et ont permis de découvrir un épithélium malpighien de revêtement hyperacanthosique projetant des bourgeons intradermiques. Dans le derme plusieurs aspects étaient constatés : Tantôt des plages de formations ponctiformes en grains noirs évoquant des corps de Donovan de la leishmaniose, tantôt les structures nodulaires avec calcification centrale évoquant une bilharziose cutanée, tantôt enfin de nombreux microabcès dans lesquels on trouve de nombreuses formations ovalaires ou arrondies présentant des parois épaisses de couleur brun ocre identifiées comme des cellules fumagoïdes. Ceci nous a conduit avec l'aspect verruqueux de la plaie au diagnostic de chromoblastomycose qui a été confirmé par le Pr Diomandé du CHU de Cocody à qui les lames blanches avaient été adressées pour colorations spéciales (PAS, Grocott); et par le Dr Frappard de l'Hopital Edouard Erriot de Lyon à qui nous avons envoyé les blocs .Fig 1 et fig2. C'est ainsi que le patient a été mis sous : Ketoconazole (200mg 2 fois/jour) ; Atropine injectable(une ampoule en sous cutanée par jour) ; Réhydratation (1 flacon de sérum glucosé par jour) ; transfusion de sang. Le malade décéda 3 mois plus tard par suite de complications hypertensives.

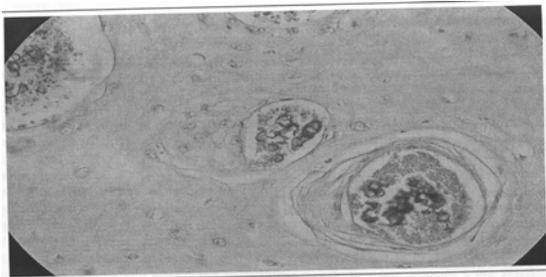


Figure 1 : Quelques abcès dans lesquels on note des formations arrondies ou ovalaires aux parois épaisses, correspondant aux cellules fumagoïdes (faible grossissement).

Figure 1 : Some abscess in which we can see round form cells with strong cell wall

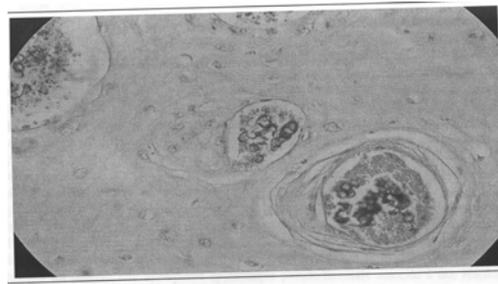


Figure 2 : Cellules fumagoïdes avec double parois réfringente.

Figure 2 :Fumagoid cells with double refractory cell walls

DISCUSSION

Au plan épidémiologique :

L'origine géographique du patient et l'aspect histologique de la lésion font évoquer une chromoblastomycose. La chromoblastomycose est une mycose profonde sous cutanée des zones tropicales(5) due à des champignons pigmentés du groupe des dématiés vivant à l'état saprophyte dans la nature sous forme filamenteuse. La transmission est directe généralement après un traumatisme avec des débris de bois ou des végétaux. Au Mali il n'y a pas de données disponibles dans la littérature. De même, nous ne disposons pas de données épidémiologiques de la sous région.

Dans les régions forestières de Madagascar la fréquence serait de 1/2500(1).

Au plan clinique :

La chromoblastomycose se localise surtout au niveau du pied ou de la jambe avec des aspects macroscopiques variables : placards verruqueux ; nodules ; ou plaques d'aspect cicatriciel. Dans notre cas la lésion se situait au niveau de la cuisse, sous forme de nodule suppuré qui pose le problème de diagnostic différentiel avec un abcès, un nodule filarien surinfecté, une tuberculose cutanée, une lèpre voire une bilharziose cutanée.

Au plan diagnostique :

Le diagnostic de certitude de la chromoblastomycose est mycologique et histologique(3).

En ce qui concerne la mycologie, l'examen direct des squames et produits de grattage montre des corpuscules bruns sphériques appelés cellules fumagoïdes. La culture sur milieu de Sabouraud permet l'identification de l'espèce. Le patient n'a pas bénéficié d'un examen direct et la culture sur milieu de Sabouraud est restée sans suite.

A l'histologie, on observe une hyperplasie épidermique pseudo tumorale associée à une réaction granulomateuse giganato-cellulaire avec des cellules fumagoïdes (1). Dans notre cas, on notait une absence de granulome giganato-cellulaire, mais surtout la présence des abcès et des cellules

fumagoïdes. Cet aspect peut poser le problème de diagnostic différentiel avec une leishmaniose, une tuberculose cutanée ou une bilharziose cutanée.

Le traitement est médico-chirurgical (5).

Le traitement chirurgical ne s'adresse qu'à des petites lésions nodulaires.

Le traitement médical est long (4) et consiste en l'administration des molécules suivantes :

Ketoconazole, AmphotéricineB, Fluconazole ; et actuellement le sporanox à des doses variables .

L'évolution est imprévisible.

REFERENCES

1. MASLIN J, MORAND J J, CIVATTE M - Les chromomycoses (chromoblastomycoses). Med. Trop., 2001 ; 61 : 459-461.
2. HALMITON MONTGOMERY MD - Dermatopathology, 1992 ; vol. 1: 596-598
3. GRILLOT R - Les mycoses humaines. Démarche diagnostique. Elsevier, Collection Option/Bio, 1996 : 392.
4. MARTY P, BRUN S, GARI-TOUSSAINT M - Les mycoses profondes tropicales. Med. Trop., 2000, 60, 28 et 290.
5. ESTERRE P, ANDRIANTSIMAHAVANDY A, RAHARISOLO C - Histoire naturelle des chromoblastomycoses à Madagascar et dans l'Océan Indien. Bull. Soc. Path. Exot., 1997; 90 : 312-317.